Rok LI. Kraków, dnia 21. grudnia 1912. Nr 51

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Równocześnie obraduje właśnie w Krakowie Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Rzecz to znamienna; zebranie się Zjazdu specyalnego w rok po ogólnym Zjeździe lekarsko-przyrodniczym daje świadectwo spotężnienia polskiego ruchu naukowego w zakresie lekarskim w mierze, do niedawna jeszcze nie przypuszczanej. Snać zbliża się ta pożądana chwila, kiedy w wielu zakresach medycyny będzie potrzeba corocznych obrachunków naszego plonu, corocznej bezpośredniej wymiany zdań i szeregowania się na wspólne żniwo.

Już dla tego samego, jako dobrej wieści posłowi, jako zwiastunowi rosnącego poczucia konieczności zbiorowej pracy, należy się Zjazdowi serdeczne powitanie.

Ale są i inne powody, dla których Zjazd szczególnego wymaga zaznaczenia. Zbierając się wtedy, gdy tyle pamiętnych przypada rocznic i tyle niezwykłych rodzi się nastrojów, gdy całe społeczeństwo, silniej niż kiedykolwiek odczuwając tchnienie wielkiej przeszłości i niedolę teraźniejszości, jakby obliczało swe siły do zmierzenia się z zagadką przyszłości — Zjazd naukowy jest niejako wcieleniem przepięknych słów włodarza niezapomnianej Szkoły głównej o »trwożnej miłości«, jaką płonąć mamy dla najwyższych dóbr naszych, dla podstawy i niezawodnej na każdy przypadek ostoi naszego bytu, dla naszej kultury, dla rodzimej twórczości naukowej.

Zjazd psychologów, psychiatrów i neurologów polskich witamy w Krakowie po raz pierwszy. W gronie naszych zjazdów naukowych jeden z najmłodszych, jeden z niewielu, stworzonych i doszłych w Warszawie, a wolnych od bolesnego wspomnienia nie z naszej winy udaremnionych usiłowań i spełzłych nadziei. Radzi też jesteśmy temu drogiemu gościowi, przybywającemu z serca Polski jakby na inkrutowiny do naszej dzielnicy, w której tak ważna gałąź nauk lekarskich teraz dopiero uzyskała dom własny i warsztaty, a z nimi podstawę do oby najświetniejszego rozwoju. Niechże Zjazd ten pracę we wszystkich trzech otwierających się zakładach naszej dzielnicy szczęśliwą poświęci ręką. I niechaj, zadzierżgając węzły medycyny z innymi działami wiedzy ludzkiej, stanie się na naszej niwie trwałym zasiewem wspólnie przez nauki przyrodniczo-lekarskie i inne nauk gałęzie przygotowywanych i wspólnie zbieranych plonów.

O opiece nad umysłowo chorymi w Galicyi i o nowym Zakładzie krajowym w Kobierzynie

przez

Doc. Dr J. Mazurkiewicza.

Prawne stosunki, dotyczące opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, a więc także i w innych krajach austryackich, — normuje ustawa z d. 17. lutego 1864 r., Dz. p. p. Nr 22, ustawa o swojszczyźnie z d. 3. grudnia 1863 r. Dz. p. p. Nr 105, ustawa sanitarna z d. 30. kwietnia 1870 r., Dz. p. p. Nr 68 i rozporządzenie ministeryalne z d. 14. maja 1874 r. Dz. p. p. Nr 71. W myśl tych wszystkich ustaw do kraju należy opieka nad umysłowo chorymi uleczalnymi, a także nad nieuleczalnymi, którzy zagrażają bezpieczeństwu publicznemu lub obyczajności publicznej, zaś do zakresu działania gmin należy »staranie się o to, ażeby ubodzy w chorobie pomoc znaleść mogli« i »utrzymanie w ewidencyi podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych i kretynów, nieumieszczonych w zakładach, tudzież czuwanie nad pielęgnowaniem tychże osób«.

Ustawa karna i ustawa cywilna, obowiązujące w państwie austryackiem, są w przepisach swych, dotyczących umysłowo chorych, przestarzałe i potrzeba ich zmiany jest powszechnie uznawana. Rząd opracował szereg projektów ustawodawczych (ustawy karnej, ustawy o ubezwłasnowolnieniu, o opiece nad umysłowo chorymi, o opiece nad nieletnimi przestępcami i o wychowaniu opiekuńczem), które jednak napotkały na silną opozycyę ze strony lekarzy-psychiatrów i nie zostały dotąd przedłożone parlamentowi. Wielka doniosłość tych przyszłych ustaw, które i Galicyę mają obowiązywać, jest u nas niestety niedoceniona, i o ile mi wiadomo, żaden głos polski nie podniósł się publicznie w sprawie ustaw, które dla nas i bez naszego udziału inni mogą uchwalić. Ale jest to przedmiot nazbyt wielki i różnorodny, aby go można było omówić tu chociażby w najogólniejszych zarysach.

Z tych ustawodawczych projektów należy tu zaznaczyć przynajmniej jeden szczegół. Do chwili obecnej obowiązek opieki nad umysłowo chorymi należy wyłącznie do kraju i do gmin, zaś do czynników państwowych tylko kontrola policyjno-sanitarna. Natomiast obecnie rząd sam uznaje potrzebę rozszerzenia zakresu swej działalności przez budowę państwowych zakładów psychiatrycznych dla umysłowo chorych i zwyrodniałych zbrodniarzy (§§ 36, 37, 38 projektu ustawy karnej z 1909 r. i art. 55 ustawy wstępnej).

Faktyczny stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi określić należy jako zły, i to zarówno opieki zakładowej, będącej obowiązkiem władz autonomicznych, jak i opieki gminnej.

Mianowicie Galicya na ludność około 8-milionową posiadała w d. 1. stycznia 1911 r. 1700 [1]) łóżek psychiatrycznych w zakładzie Kulparkowskim pod Lwowem, na oddziale szpitala św. Łazarza w Krakowie, na oddziale obserwacyjnym szpitala lwowskiego i w dwóch zakładach prywatnych (prof. Żuławskiego w Krakowie i Dra Swiątkowskiego we Lwowie), nie licząc psychiatrycznych łóżek przytułkowych, których jest około 300 i które są rozproszone po schroniskach miejskich i zakonnych. 1700 łóżek na 8,000.000 ludności stanowi stosunek 1 zakładowego łóżka psychiatrycznego do 4.700 mieszkańców kraju.

W innych krajach austryackich jedno łóżko psychiatryczne wypadało w roku 1906 na następującą ilość mieszkańców kraju: [2])

1) w Karyntyi na	750	mieszkańców.
2) w Austryi niższej na	771	»
3) w Styryi na	902	»
4) w Tyrolu na	915	»
5) w Salzburgu na	925	»
6) w Austryi Górnej na	1191	»
7) na Morawach na	1373	»
8) w Czechach na	1378	»
9) w Pobrzeżu na	1502	»
10) na Śląsku na	1610	»
11) w Krainie na	2650	»
12) w Dalmacyi na	4817	»
13) w Bukowinie na	5223	»
14) w Galicyi na	8327	»

Zestawienie to wypada zatem bardzo niekorzystnie dla Galicyi, która pod względem stosunkowej ilości łóżek psychiatrycznych zajmowała w roku 1906 ostatnie miejsce — nawet poza Dalmacyą i Bukowiną — w szeregu krajów koronnych, stojących zresztą pod omawianym względem znacznie gorzej od większości państw zachodnio-europejskich, w szczególności od Szwajcaryi, której kantony posiadają jedno łóżko psychiatryczne (wliczając idyotów, epileptyków i alkoholików) na 300, na 200, a niektóre nawet na 100 mieszkańców.

Ponieważ zakładowa opieka nad umysłowo chorymi należy do ustawowego zakresu działania czynników autonomicznych, nasuwa się zatem łatwy wniosek, że czynniki te zaniedbują swój obowiązek.

W ten sposób sformułowany wniosek byłby jednak nazbyt pospiesznym. Następujące cyfry wykazują, na ilu mieszkańców kraju wypadało 1 łóżko psychiatryczne wkrótce po przejściu gospodarki szpitalnej z pod zarządu władz państwowych pod zarząd czynników autonomicznych, mianowicie w roku 1869: [3])

1) w Austryi niższej	1 łóżko psychiatr.	na	1268	mieszk.
2) w Salzburgu	»	»	2163	»
3) w Austryi górnej	»	»	2903	»
4) na Morawach	»	»	3297	»
5) w Tyrolu	»	»	3617	»
6) w Karyntyi	1 łóżko psychiatr.	na	3780	mieszk.
7) w Styryi	»	»	3856	»
8) w Pobrzeżu	»	»	4850	»
9) w Krainie	»	»	5719	»
10) w Czechach	»	»	6014	»
11) w Galicyi	»	»	15361	»

Na Śląsku, Bukowinie i w Dalmacyi nie wykazano wcale łóżek psychiatrycznych w roku 1869.

Z ostatniego zestawienia wynika, że stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi był znacznie gorszy, niż w innych krajach koronnych jeszcze w r. 1869, mianowicie przeszło 7 razy gorszy, niż w Salzburgu i przeszło 10 razy gorszy, aniżeli w Austryi niższej, która już przed 40 laty posiadała prawie 4 razy większą stosunkową ilość łóżek psychiatrycznych, aniżeli Galicya w r. 1910.

Powolne, ale stałe zwiększanie się ilości łóżek zakładowych w Galicyi wykazują następujące cyfry:

1) w r. 1869	wypadało w Galicyi	1 łóżko psych.	na	15361	mieszk.
2) » 1906	»	»	»	8327	»
3) » 1910	»	»	»	4700	»

Ten ilościowy stosunek jeszcze się nieco polepszy, gdy ku końcowi roku 1913 zostanie otwarty drugi krajowy zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Nie należy się jednak łudzić nadzieją, że otwarcie drugiego zakładu krajowego spowoduje jakąś radykalną zmianę na lepsze. Nie posiadamy wprawdzie dokładnej statystyki osób, wykazujących zaburzenia umysłowe, ale w przybliżeniu możemy ich liczbę w Galicyi przyjąć na 12.000, z których mniej więcej trzecia część, t. j. około 4.000 osób, potrzebuje leczenia zakładowego. Po otwarciu zakładu w Kobierzynie zatem, krajowe zakłady pomieszczą zaledwie połowę tych chorych, którym obowiązane są dać pomieszczenie, i budowa dalszych zakładów krajowych wkrótce się okaże potrzebą piekącą. Musimy więc i po rozejrzeniu się w cyfrach powtórzyć zdanie, że stan krajowej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi jest jeszcze bardzo niepomyślny i że pozostajemy pod tym względem daleko poza innymi krajami kulturalnymi.

Ale kraj może jednak wskazać na konkretny wynik swojej działalności na tem polu przynajmniej pod tym względem, że zwiększył stosunkową ilość łóżek zakładowych przez czas gospodarki autonomicznej ze stosunku 1 : 15.361 do stosunku 1 : 4.700 mieszkańców.

Gorzej natomiast przedstawia się działalność — a raczej prawie zupełny brak działalności — innych czynników, z natury swej powołanych także do współpracy nad organizacyą opieki nad umysłowo chorymi, mianowicie: państwa, gminy i społeczeństwa.

W obu uniwersytetach dotąd jeszcze niema czynnych klinik psychiatryczno-neurologicznych. Należy jednak uznać za zdobycz wielkiej doniosłości, że w Krakowie w najbliższej przyszłości klinika taka ma być już otwarta, a we Lwowie wkrótce ma być rozpoczęta budowa kliniki psychiatryczno-neurologicznej. Wobec faktu, że oba uniwersytety polskie do ostatnich lat wogóle nie posiadały katedr psychiatryi i neurologii i że obecnie powstają dwa ogniska wiedzy tych ważnych gałęzi medycyny, przez co poziom ich znajomości wśród ogółu młodych lekarzy znacznie się podniesie, a więc i wszelka akcya w kierunku prawidłowej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi będzie wydatniejsza (nie mówiąc już oczywiście o znaczeniu tych klinik w innych kierunkach), należy stworzenie tych ognisk powitać z uznaniem dla czynników państwowych, które przy współudziale funduszu krajowego doprowadzają to wielkie dzieło do skutku.

Jeżeli dodamy, że w ostatnich paru latach władze państwowe rozpoczęły próby leczenia przetworami tarczycy matołectwa po gminach, nawiedzonych tem cierpieniem, to bodaj, że wyczerpiemy już wszystko, co państwo zdziałało dla organizacyi opieki nad umysłowo chorymi i niedołężnymi w kraju od chwili uzyskania przez nas autonomii.

[1]) W chwili obecnej sam zakład Kulparkowski mieści więcej, niż 1.700 chorych. Dzieje się to jednak przez tak nadzwyczajne przepełnienie Zakładu, że rozmyślnie przytoczyłem cyfry z czasów, kiedy wprawdzie także istniało przepełnienie, ale nie tak dotkliwie dające się odczuwać, a więc kiedy stosunki były względnie normalniejsze.

[2]) Ilość mieszkańców brałem z »Oesterreichisches statistisches Handbuch«, wydany przez c. k. Statystyczną Komisyę centralną w Wiedniu w r. 1909, zaś ilość łóżek psychiatrycznych ze »Statistik des Sanitätswesens für das Jahr 1906«, wydaną przez tę samą komisyę statystyczną w roku 1910.

[3]) Ilość mieszkańców i ilość chorych w zakładach poszczególnych krajów w r. 1869, wzięte zostały ze »Statistisches Jahrbuch für das Jahr 1869« herausgegeben von der k. k. statist. Central.-Komission.« Wien 1871.

A jest pewien dział ważny, którym władze państwowe powinnyby się zająć energicznie, mianowicie kategoryą umysłowo chorych i zwyrodniałych zbrodniarzy. Jak to wynika z przytoczonych na wstępie §§ projektu ustawy karnej i ustawy wstępnej, rząd uznaje, że obowiązek zaopiekowania się tą kategoryą chorych nie należy do krajów, ale do państwa.

Tymczasem jednak i ta kategorya chorych znajduje pomieszczenie w naszym jedynym dotąd zakładzie krajowym, w Kulparkowie. W d. 1. stycznia 1910 roku pozostawało w tym zakładzie ogółem 1463 chorych (czyli 363 chorych ponad normę), i w tej liczbie było 145 zbrodniarzy, czyli prawie każdy dziesiąty chory był zbrodniarzem. Ponieważ w ciągu roku 1909 umarło, zbiegło lub zostało wypuszczonych za rewersem 31 kryminalnych, to ogółem w roku 1909 przebywało w Kulparkowie 176 chorych zbrodniarzy (144 mężczyzn i 32 kobiety), w tej liczbie: zamach na cesarza — 1 przypadek, ojcobójstwo — 3 przypadki, dzieciobójstwo — 1, morderstwo kilku osób — 3 przypadki, morderstwo pojedyncze — 30, morderstwo usiłowane — 7, morderstwo i podpalenie — 1, zabójstwo — 3, ciężkie uszkodzenie ciała — 15, rabunek — 2, podpalenie — 48, kradzież — 28, zgwałcenie — 2, gwałt publiczny — 22, szpiegostwo wojskowe — 1, znieważenie grobów — 1, oszustwo i sprzeniewierzenie — 3, włóczęgostwo i kradzieże — 5, razem — 176.

W poprzedzających latach wypuszczono za rewersem lub zbiegło z zakładu umysłowo chorych zbrodniarzy: w r. 1905 — 24, w r. 1906 — 16, w r. 1907 — 25, w r. 1908 — 27, w r. 1909 — 19; razem 110 zbrodniarzy, — nie licząc tych, którzy w wymienionych latach umarli, albo oddani zostali sądowi lub do domów, w ciągu jednego pięciolecia powróciło z zakładu do społeczeństwa.

Ten psychopatologiczno-kryminalny element jest jednak wielkim ciężarem nietylko dla społeczeństwa, jeśli doń powraca — szczególniej bez żadnej zorganizowanej opieki, ale i dla krajowego zakładu.

Z konieczności przyjmowania umysłowo chorych zbrodniarzy do krajowych zakładów wynika szereg konsekwencyi: 1) Jeżeli zakład urządzony jest według wymagań współczesnej psychiatryi i stosuje system minimalnego krępowania chorych, to chorzy kryminalni, szczególniej posiadający doświadczenie więzienne, z łatwością uciekają z zakładu, wskutek czego społeczeństwo nie zostaje uwolnione od niebezpiecznych elementów kryminalnych, których internowania ma prawo się domagać. 2) Jeżeli zakład krajowy posiada specyalne oddziały dla chorych kryminalnych, urządzone i zorganizowane na sposób więzienny, to oddziały te wpływają nader ujemnie na wręcz przeciwną organizacyę wszystkich innych oddziałów o dążności nie krępowania chorych. 3) Jeżeli chorzy zbrodniarze nie są umieszczeni w osobnych oddziałach, ale rozproszeni wśród innych (system »rozcieńczania«), to w warunkach np. szwajcarskich, gdzie łóżek psychiatrycznych jest dużo, a zbrodniarzy mało, mogą oni nie stanowić szczególniejszego balastu dla zakładu. Ale tam, gdzie kryminalni chorzy stanowią prawie 10% ogółu chorych, jak w Kulparkowie, muszą wywierać na normalny bieg życia zakładowego wpływ dezorganizacyjny w stopniu jeszcze wyższym, aniżeli przy istnieniu osobnych oddziałów kryminalnych, z powodu swych instynktów zbrodniczych, doświadczenia kryminalnego i niepoddawania się przepisom porządku domowego. 4) Kryminalni chorzy, jako należący w znacznej swej większości do przypadków pogranicznych, t. j. o zaburzeniach psychicznych takich, które częstokroć stwierdzić może tylko lekarz-specyalista, uważani są zazwyczaj przez laików i przez rodzinę za ludzi umysłowo zupełnie zdrowych. Stąd wynika, że ci chorzy zbrodniarze, którzy są elementem rozkładowym w zakładzie, nad którymi opieka należy właściwie do państwa, a nie do kraju i których na razie zakład jednak z konieczności przyjmować musi, — że ci sami chorzy i ich rodziny rozszerzają i utrwalają wśród szerokich warstw publiczności przesąd o internowaniu ludzi umysłowo zdrowych w zakładach psychiatrycznych, których kredyt moralny wśród społeczeństwa zostaje przez to poderwany.

Racyonalna organizacya opieki nad umysłowo chorymi wymaga zatem usunięcia elementów zbrodniczych z zakładów psychiatrycznych leczniczych, a wielka liczba tych elementów w Galicyi i zgubny ich wpływ na organizacyę życia w zakładzie Kulparkowskim stwarzają piekącą potrzebę budowy w jak najbliższej przyszłości odrębnego psychiatrycznego zakładu dla obłąkanych-zbrodniarzy, utrzymywanego kosztem państwa.

Gminna opieka nad umysłowo chorymi właściwie w Galicyi wcale nie istnieje. W gminach wiejskich i w mniejszych miastach umysłowo chorzy są pozostawieni własnemu losowi, i tylko w obu miastach stołecznych istnieją przy-



Plan sytuacyjny.

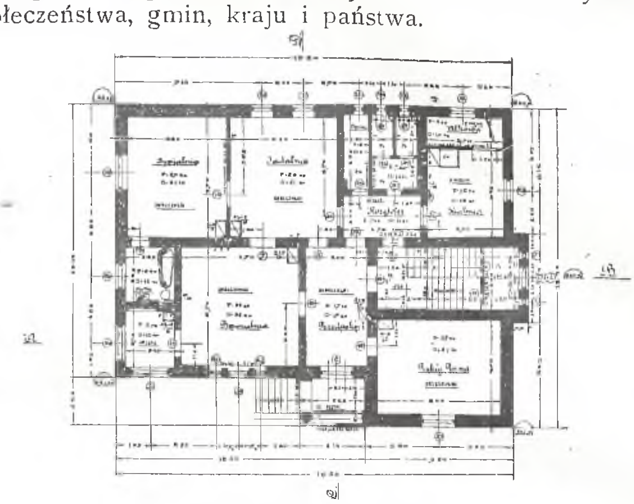
tułki, w których się mieści kilkuset ludzi, dorosłych i dzieci, umysłowo chorych i umysłowo zdrowych, ale cieleśnie kalekich. W obu miastach stołecznych omawiane są projekty budowy nowych przytułków miejskich, zorganizowanych w sposób racyonalny, tj. uwzględniający przedewszystkiem należytą segregacyę różnorodnych elementów przytułkowych.

Pozostaje naszkicować działalność czwartego czynnika, który w sprawie opieki nad umysłowo chorymi w innych krajach gra wielką rolę, mianowicie samego społeczeństwa. Oskarżanie naszego społeczeństwa o zupełną obojętność dla tej sprawy byłoby rzeczą niesprawiedliwą. Istnieje w kraju cały szereg fundacyi prywatnych, pozostających przeważnie pod zarządem różnych zakonów, albo instytucyi, będących ich własnością i utrzymujących się z ofiarności publicznej. Są to jednak w większości przypadków mniej lub więcej starożytne instytucye, w których tak samo, jak w przytułkach miejskich, niema mowy o racyonalnej segregacyi nieuleczalnych. We wszystkich tych przytułkach mieści się dość znaczna liczba umysłowo chorych, brak jednak należytej organizacyi uniemożliwia podanie jakichkolwiek dat statystycznych.

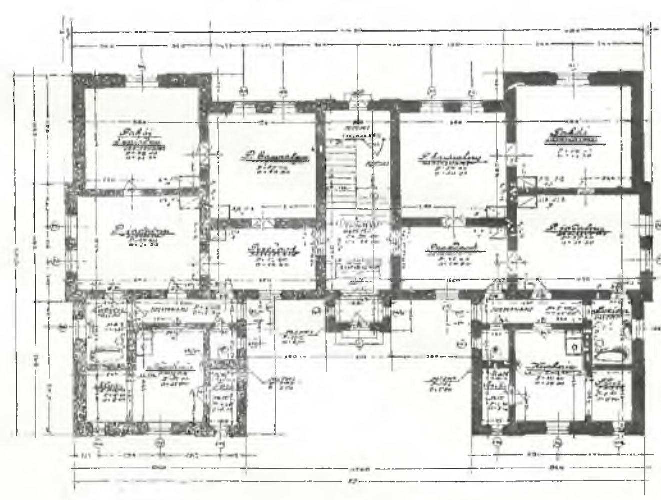
Po zatem żywe zainteresowanie się społeczeństwa daje się spostrzegać w jednym, co prawda niezmiernie ważnym kierunku, — a mianowicie w sprawie unormowania przymusowego kształcenia dzieci anormalnych. Polski Zjazd pedagogiczny, który obradował w pierwszych dniach listopada 1909 we Lwowie, uchwalił cały szereg wniosków w sprawie utworzenia klas i szkół pomocniczych dla dzieci »o powolnym toku wyobrażeń«, osobnych zakładów dla anormalnych dzieci, wymagających ciągłej opieki pedagogiczno-lekarskiej, rozciągnięcia dalszej opieki nad dziećmi, które ukończyły szkoły dla anormalnych, i t. d. Również dodatnim momentem jest należyte uwzględnienie przez Zjazd pedagogiczny roli lekarza przy wychowaniu anormalnych dzieci.

Dotychczasowy plon działalności społecznej w tym kierunku jest jeszcze bardzo skromny, ale w każdym razie stanowić będzie zawiązek dalszej akcyi. Parę klas pomocniczych dla upośledzonych dzieci otwarto we Lwowie i w Krakowie. Kraj buduje w Przedzielnicy zakład poprawczy, na razie dla 150 chłopców w wieku do czternastu lat (w czasie przyjęcia), i już w blizkiej przyszłości zakład ten będzie otwarty. Z prywatnej inicyatywy ks. Podgórskiego otwarty został w 1905 w Iwoniczu zakład dla matołków, utrzymujący z różnych zasiłków około 40 chorych, pochodzących z najbiedniejszych rodzin. Zakład ten, z najlepszych chęci inicyatora i z ofiarności publicznej powstały, nie odpowiada dzisiejszym wymogom lekarskim, ale jest dotąd jedyną tego rodzaju instytucyą w kraju. Z prywatnej inicyatywy prof. Piltza powstał przed paru laty w Krakowie wzorowo urządzony zakład wychowawczo-leczniczy dla nerwowych dzieci zdolnych do rozwoju umysłowego.

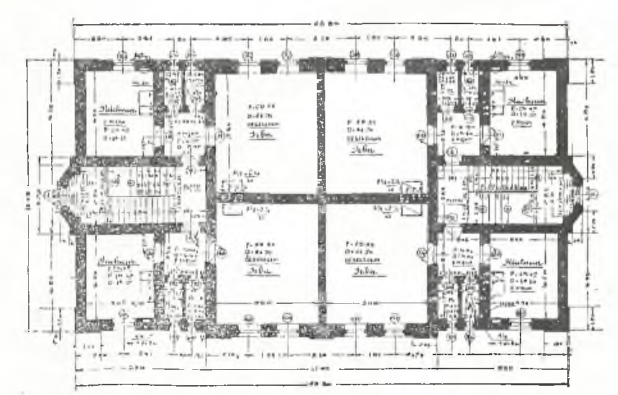
Tak krótkie jest sprawozdanie o tem, co na polu opieki nad umysłowo chorymi zdziałały w Galicyi wszystkie wchodzące tu w rachubę czynniki: społeczeństwo, gmina, kraj i państwo. Pozostaje jeszcze bardzo dużo do zrobienia: potrzebne są dalsze zakłady krajowe o charakterze leczniczym, potrzebne są pozostające z nimi w związku przytułki lecznicze i organizacya »opieki rodzinnej«, potrzebne są państwowe zakłady dla kryminalnych umysłowo chorych i dla dzieci moralnie zaniedbanych, potrzebna jest wielka organizacya przymusowego kształcenia dzieci, w różnym stopniu upośledzonych na umyśle, na wzór znakomicie rozwijającej się organizacyi w Niemczech. Potrzebne są sanatorya ludowe dla nerwowo chorych, dyspensatorya i sanatorya dla opilców w tym okresie, kiedy zatrucie wyskokiem nie wywołało jeszcze beznadziejnej psychozy i kiedy leczenie odwykowe może wydać dobre wyniki. Konieczna jest organizacya »Towarzystw opieki nad umysłowo chorymi«, wypuszczanymi z zakładów lub przytułków, w celu możliwego uniknięcia nazbyt szybkiego powrotu do zakładu ozdrowieńca, lub chorego spokojnego, którego stan zdrowia wskutek braku jakiejkolwiek opieki, — a często i elementarnych środków do życia, — ulega pogorszeniu już wkrótce po wyjściu z zakładu. Pożądane są bardzo sądy dla nieletnich przestępców, wśród których jest 40 do 50% anormalnych. Dla spełnienia wszystkich tych zadań przyszłości konieczne jest zgodne współdziałanie wszystkich czterech czynników, społeczeństwa, gmin, kraju i państwa.



Rys. 26. Dom dla lekarzy.

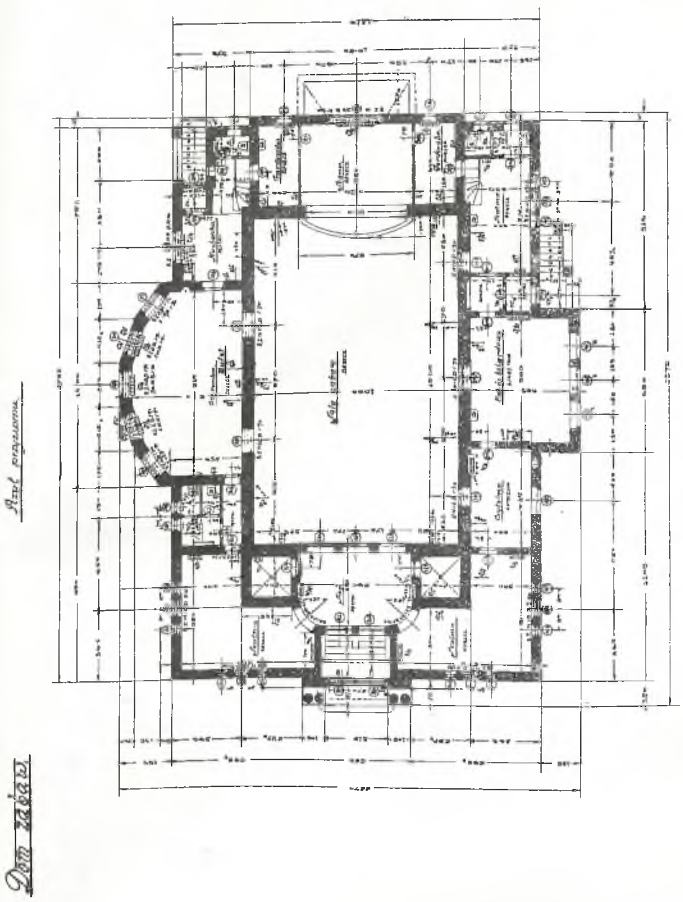


Rys. 23. Dom dla urzędników.

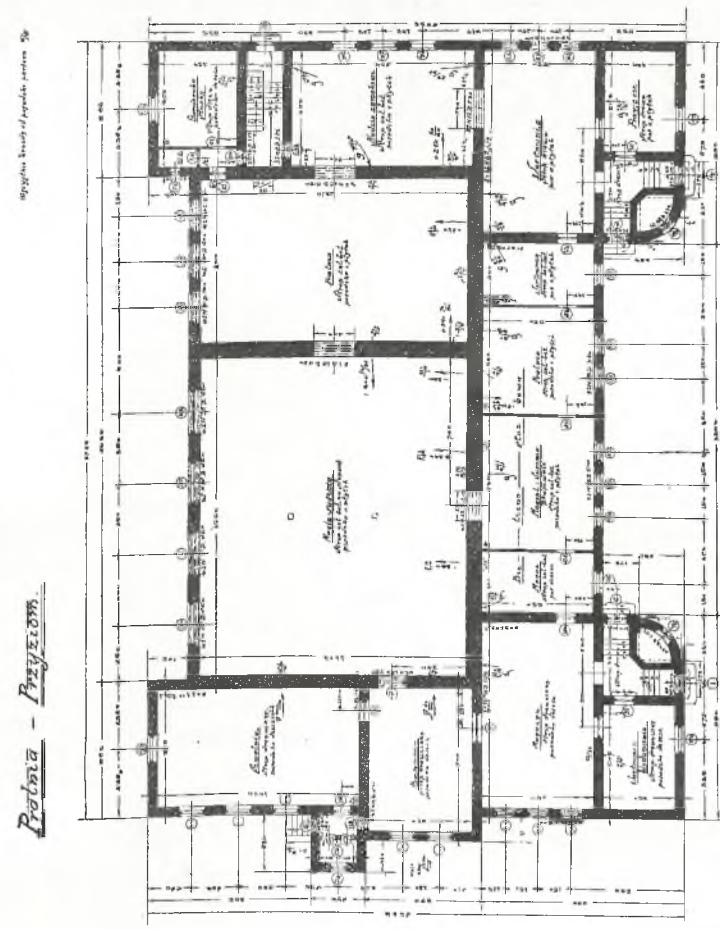


Rys. 21, 22. Dom dla niższej służby pielęgniarskiej.

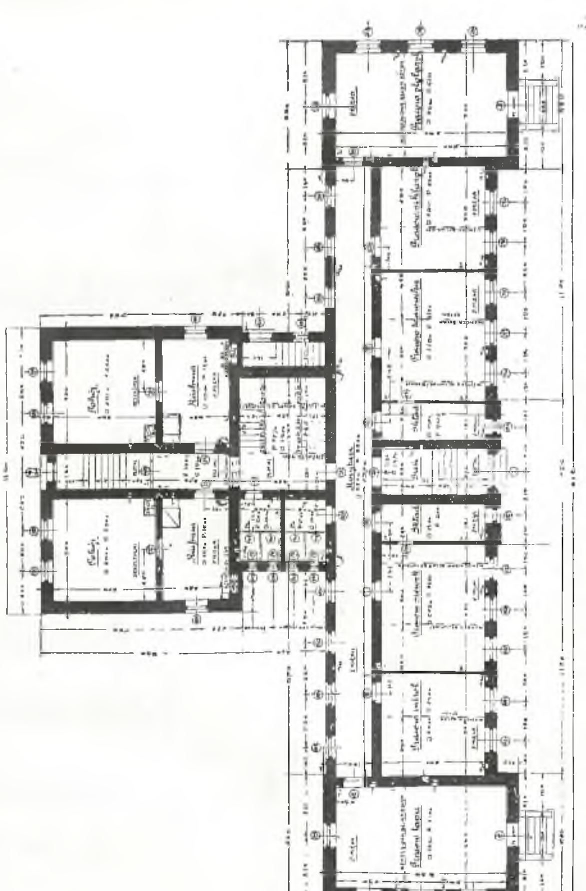
Biorąc porównawczo trzy zabory z punktu widzenia opieki nad umysłowo chorymi, można powiedzieć, że stosunkowo najwięcej w tym kierunku zdziałał w zaborze pruskim rząd pruski (w W. Ks. Poznańskiem na dwa miliony mieszkańców istnieją 4 zakłady prowincyonalne — Dziekanka, Obrawalde, Owińsk, Kosten, — z 2424 chorymi w 1906 r. — istnieją klasy i szkoły pomocnicze itp.); w zaborze austryackim — kraj (wkrótce będą czynne dwa zakłady krajowe, dwa oddziały obserwacyjne w szpitalach powszechnych we Lwowie i w Krakowie, zakład poprawczy w Przedzielnicy, — wreszcie współdziała kraj finansowo w stworzeniu obu kli-



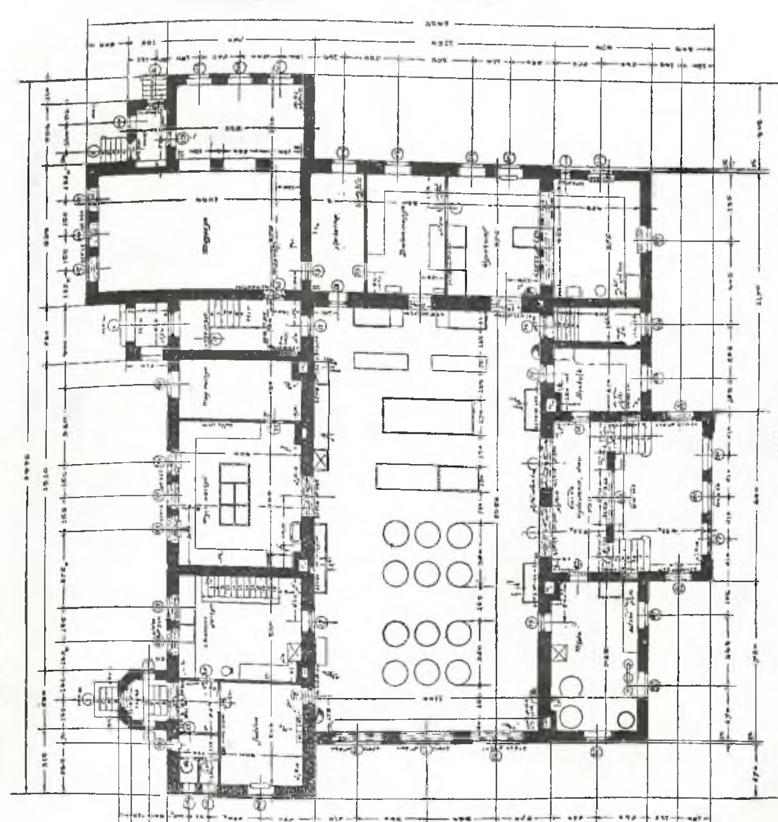
Rys. 15. Dom zabaw.



Rys. 18. Pralnia.



Rys. 19. Budynek warsztatowy.



Rys. 16. Kuchnia.

nik psychiatryczno-neurologicznych); zaś w zaborze rosyjskim stosunkowo najwięcej zdziałała samopomoc społeczna (Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi z zakładami w Drewnicy i w Karolinie, dwa dobroczynne zakłady dla kilkuset umysłowo chorych pod Łodzią, zakład Gminy ewangielickiej dla 37 — w r. 1909 — umysłowo upośledzonych dzieci, i inne). W W. Ks. Poznańskiem stosunek łóżek psychiatrycznych do ludności wynosi 1:750, w Galicyi 1:4.700 w Królestwie Polskiem 1:5.700 mieszkańców.

Pierwszy wniosek w sprawie budowy drugiego zakładu krajowego dla 500 umysłowo chorych w Galicyi przedłożony został Sejmowi przez Wydział krajowy w końcu 1903 roku. Cztery lata trwały wstępne prace nad ustaleniem ogólnego programu budowy, nad sprawą zakupna gruntu, nad wykończeniem wszelkich projektów budowlanych. Była to praca zbiorowa, w której brali udział, oprócz szefów Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego, p. Onyszkiewicza a następnie p. Dra Bernadzikowskiego, lekarze: inspektorowie szpitali — ś. p. Dr Łuszczkiewicz, Dr Müller, Dr Lipski, a także Dr Kohlberger, dyrektor zakładu w Kulparkowie, profesorowie Halban, Piltz, Nowak, inżynierowie: p. nadradca Sare, wiceprezydent m. Krakowa, p. inż. Pakies, prof. Ossowski. Wszystkie plany zostały wykonane w biurze budowlanem Wydziału krajowego pod kierownictwem p. inż. Klimczaka, który też w dalszym ciągu kieruje i samąbudową.

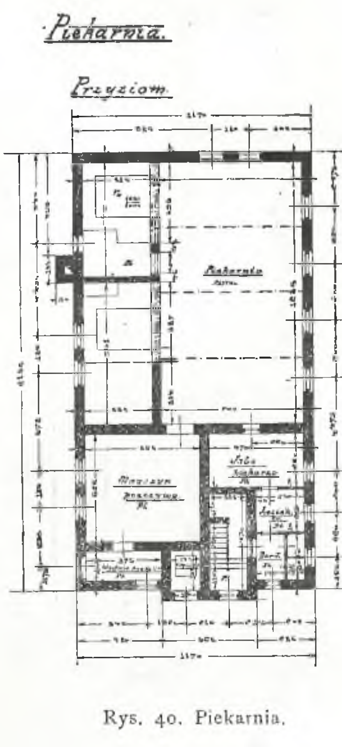
W końcu 1907 r. uchwała sejmowa postanowiła zakupić 104-morgowy teren w Kobierzynie, odległy o przeszło 7 kilometrów na południe od Krakowa, położony na płaskowzgórzu, dochodzącem do 256 metrów nad p. m., z ładnym widokiem ku północy na Kraków, Bielany i kopiec Kościuszki, zaś ku południowi na Beskidy. Teren ten jest, jak wszystkie najbliższe okolice Krakowa i nieuregulowanego dotąd porzecza Wisły, pomimo wysokiego położenia wilgotny, dlatego też został zdrenowany, a nadto uchwalił Sejm osuszenie i całej sąsiedniej doliny, tj. gmin Kobierzyn, Sidzina i Skotniki. Zakład na podstawie umowy, zawartej z gminą m. Krakowa, będzie zaopatrywany w wodę — w ilości 250 m³ na dobę — ze źródeł bielańskich, a więc wypróbowanej dobroci (źródła te zaopatrują m. Kraków w wodę).

Zakupione 104 morgi gruntu dzieli droga powiatowa Kraków - Skawina na dwa kompleksy, z których mniejszy — 18 morgowy — położony na północ od drogi, przeznaczony jest pod uprawę, zaś najbardziej odległy od drogi jego skrawek — na cmentarz zakładowy. Ten mniejszy kompleks gruntów na załączonym planie sytuacyjnym ze względów technicznych wcale zamieszczony nie został.

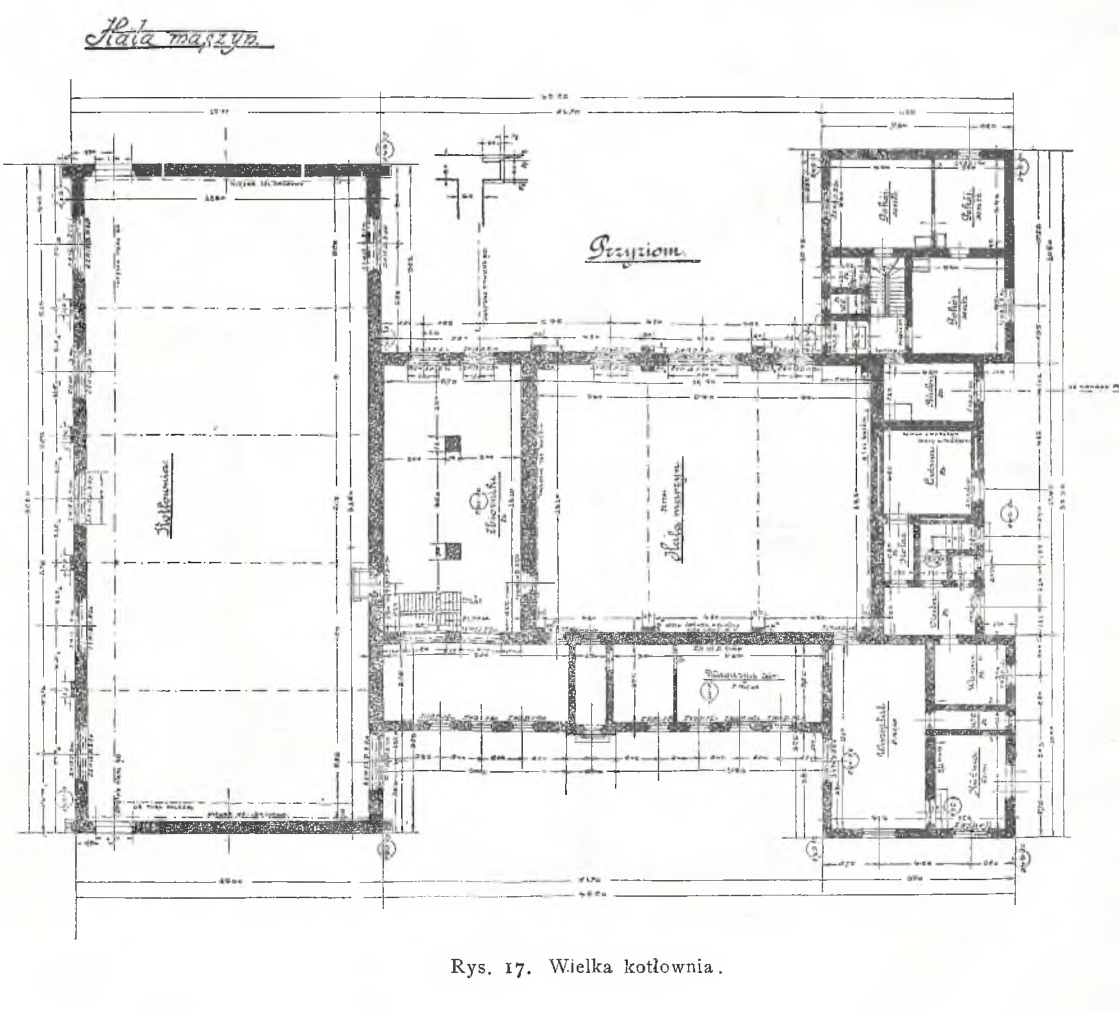
Na południe od drogi leży główny — 86-morgowy teren zakładowy (p. plan sytuacyjny*). Na południowym i południowo-zachodnim skłonie terenu położone są pawilony dla chorych, na wschodzie budynki mieszkalne i gospodarcze, w zachodnio-północnym kącie przy drodze powiatowej folwark zakładowy. Ogółem pod budynki zakładowe, ich ogrody itd. zajęta jest przestrzeń około 44 morgów, na park 7 morgów, na grunta orne 50 i na cmentarz 3 morgi. Kanalizacya jest planowana według systemu biologicznego. Przy ostatecznem opracowywaniu planów wzrosła liczba łóżek z 500 na 550. Wszystkie budynki administracyjne, gospodarcze i wszelkie instalacye mechaniczne są wykonywane obecnie w takich rozmiarach, które wystarczają dla 800 etatowych łóżek, do których zakład z czasem w myśl uchwały sejmowej ma być rozszerzony.

Cały personal będzie zamieszkiwać w zakładzie, a ma się składać: z dyrektora, prymaryusza-prosektora, będącego równocześnie kierownikiem laboratoryów, i 6 lekarzy oddziałowych (2 prymaryuszów, 2 ordynaryuszów i 2 sekundaryuszów); dalej z 16 osób służby pielęgniarskiej wyższej, jednego pielęgniarza względnie pielęgniarki na 5 chorych i wreszcie z personalu administracyjnego i gospodarczego z rządcą na czele.

*) Na planie sytuacyjnym oznaczono poszczególne budynki temiż cyframi, co w tekście, nie wyjmując budynków takich, których szczegółowych planów do niniejszego artykułu nie dołączam.



Rys. 40. Piekarnia.



Rys. 17. Wielka kotłownia.



Rys. 14. Budynek administracyjny.

Wschodnia grupa budynków, mianowicie mieszkalnych, składa się z 3 domów dla lekarzy (rys. 24, 26, 28), 3 dla urzędników (rys. 23, 25 i 27), domu dla służby administracyjnej niższej (rys. 20), i 2 domków (rys. 21 i 22) o 16 mieszkaniach, składających się z pokoju i kuchni i przeznaczonych dla niższej służby pielęgniarskiej, posiadającej rodzinę. W tej grupie znajduje się budynek warsztatowy (rys. 19), w którym na parterze mieszczą się warsztaty: krawiecki, szewski, stolarski, lakierniczy, tapicerski i introligatorski, zaś na piętrze dalsze mieszkania dla służby gospodarczej.

W grupie 5 budynków, leżących pomiędzy grupą mieszkalną z jednej, a pawilonami z drugiej strony, znajduje się dom zabaw (rys. 15) z wielką salą, przeznaczoną na rozrywki dla chorych, z salą jadalną i kursów pielęgniarskich dla służby przy chorych, z ochronką dla dzieci służby, i z kasynem dla funkcyonaryuszów zakładowych.

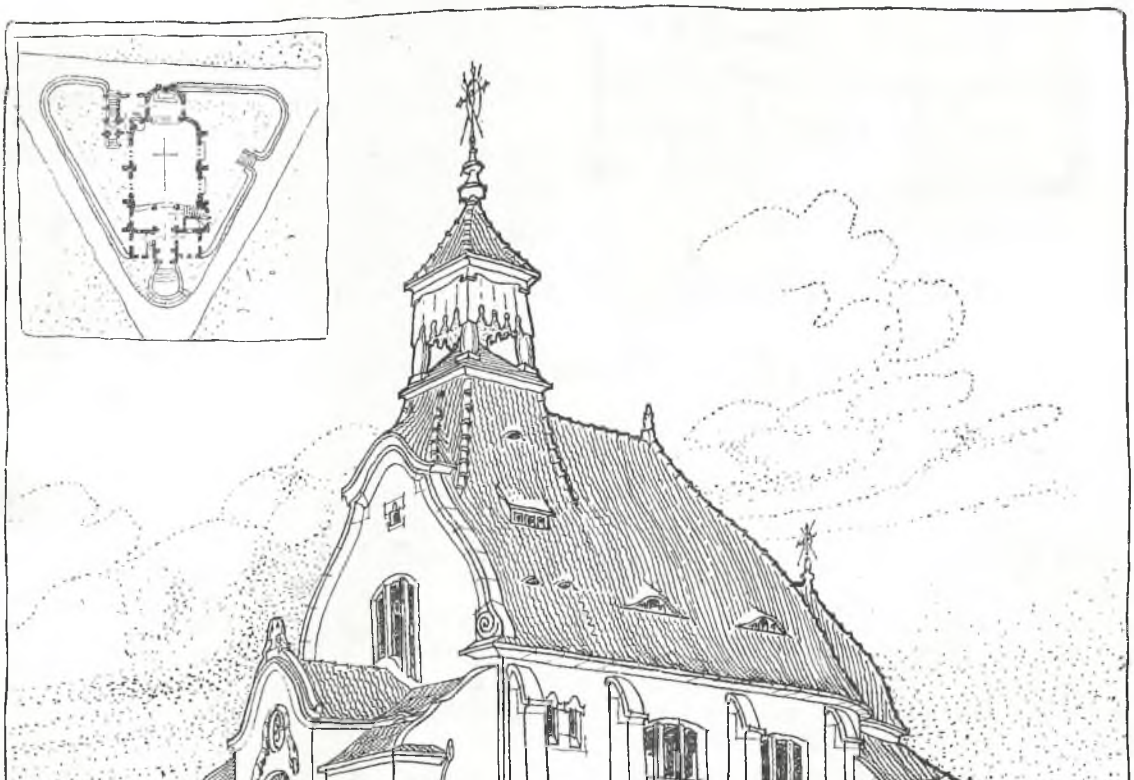
Pralnia (rys. 18), kuchnia (rys 16), piekarnia (rys. 40), posiadają rozmiary, pozwalające na możliwie najłatwiejsze i najtańsze uzupełnienie urządzeń mechanicznych takich, któreby podołały zapotrzebowaniom dla 1.200 ludzi. W suterenach kuchennych mieści się pomiędzy innymi wielka masarnia, mająca zaopatrywać w swe wyroby nietylko zakład Kobierzyński, ale i inne bliżej położone szpitale krajowe i prowincyonalne. — W piekarni projektowana jest fabryka makaronów dla wszystkich szpitali krajowych i prowincyonalnych.

Wielka kotłownia (rys. 17) dostarcza do wszystkich pawilonów dla chorych ciepłej wody do użytku zewnętrznego i do ogrzewania centralnego (systemem wodo-wodnym). Kaplica, dom zabaw, wymienione już budynki gospodarcze, ogrzewane będą centralnie parą, zaś domy mieszkalne zwykłymi piecami kaflowymi. W kotłowni mieści się nadto centrala elektryczna o sile 210 koni, wytwarzająca prąd zmienny (w celu jak najłatwiejszego ewentualnego przyłączenia się do jednej z wielkich centrali okręgowych). Wodociągi i kable elektryczne mieszczą się w kanale przechodowym, prawie 2 kilometry długim, wiążącym budynki gospodarcze z pawilonami.

Na planie sytuacyjnym nie jest uwidoczniona normalno-torowa linia kolei żelaznej, dochodząca od stacyi w Swoszowicach bezpośrednio pod kotłownię zakładową (rys. 17). i będąca już w ruchu (oczywiście wyłącznie ciężarowym). Ruch wewnętrzny po drogach zakładowych projektowany jest za pośrednictwem wózków i tanich zwierząt pociągowych, kuców lub mułów.

Główna droga dojazdowa idzie od szosy powiatowej przy domku portyera (rys. 29), wzdłuż linii domów mieszkalnych, do budynku administracyjnego (rys. 14), który mieści kancelarye lekarskie i zarządu administracyjnego. Położenie tego budynku jest zatem takie, że ludzie, przybywający do zakładu w sprawach administracyjnych, nie będą się stykać z chorymi.

Na przedłużeniu linii głównej drogi dojazdowej wzdłuż domów mieszkalnych wznosi się kaplica zakładowa (rys.



Rys. 12. Kaplica zakładowa.

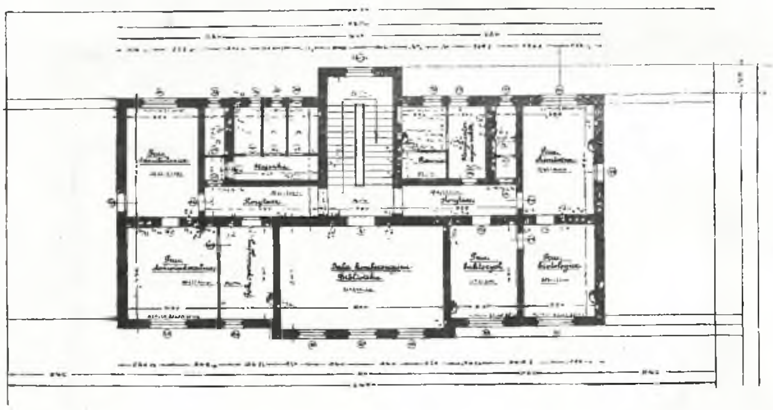
12), mogąca pomieścić 300 osób, t. j. tyleż co i sala zabaw.

Chorzy będą rozmieszczeni w 15 pawilonach.

Wszystkie pawilony są zwrócone ku południowi w ten sposób, że sale chorych są od strony południowej, korytarze i wszelkie uboczne pomieszczenia od strony północnej. Budynek administracyjny drugi (rys. 13), dzieli główną grupę pawilonów na dwie systematyczne części: ku wschodowi 5 pawilonów kobiecych, ku zachodowi 5 męzkich.

Na osi tego podziału leżą 3 budynki: ku północy budynek administracyjny drugi (rys. 13) mieszczący na parterze magazyny centralne i aptekę; na I piętrze: salę konferencyjną, kancelaryę kierownika laboratoryów i pracownie: histologiczną, bakteryologiczną, doświadczalną, psychologiczną i chemiczną; — ku południowi na tej samej osi leży cieplarnia zakładowa (rys. 37).

Pomiędzy tymi dwoma budynkami znajduje się największy pawilon, mianowicie infirmerya dla cieleśnie chorych (rys. 1). W środkowej części infirmeryi mieszczą się na parterze sale operacyjne, pokoje do badań, urządzenia rentgenowskie, mieszkanie młodszego lekarza; na I. piętrze mieszkania służby pielęgniarskiej niższej. Skrzydła infirmeryi przeznaczone są dla 100 chorych, zachodnie dla 50 mężczyzn, wschodnie dla tyluż kobiet. Na parterze będą pomieszczeni paralitycy i chorzy zanieczyszczający się, na I piętrze chorzy gruźliczy, dla których zbudowane są ogrzewane w zimie leżalnie.



Rys. 13. Budynek administracyjny.

Między budynkiem aptecznym (rys. 13) a infirmeryą stoją pawilony obserwacyjne (rys. 6 a i 6 b), mieszczące po 31 łóżek dla chorych nowoprzybyłych i takich, którzy wymagają wyjątkowo ścisłej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Zakład Kobierzyński prawdopodobnie będzie przyjmować rocznie 500—600 nowych chorych.

Po obu stronach infirmeryi, na przedłużeniu jej osi podłużnej znajdują się pawilony dla chorych niespokojnych, (ryc. 3 a) dla 30 mężczyzn, (3 b) dla tyluż kobiet. Są to jedyne pawilony parterowe, dla uniknięcia przeprowadzania chorych niespokojnych po schodach.

Wymienione dotąd pawilony stanowią oddział zakładu leczniczy, w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu. W tych pawilonach są wielkie sale sypialne, obok których mieszczą się mniejsze sale dzienne. Okna tych sal albo są zwrócone ku południowi, albo — o ile to tylko było możliwem — umieszczone w ścianach i południowych i północnych, ze względu na przewietrzanie i na światło, szczególniej ważne w tych salach, w których chorzy będą leżeć i w dzień. W sypialniach liczono tu 8 m^2 na głowę (przy 4-metrowej wysokości sal), sale dzienne obliczone są dla połowy chorych, po 4 m^2 na głowę. W każdym z tych pawilonów są wanny do kąpieli oczyszczających i leczniczych — 1 wanna na 6 do 10 chorych, nadto kancelarye lekarskie, magazyny bielizny, kuchenki oddziałowe, brudownie i klozety. W pawilonie obserwacyjnym obok drzwi wchodowych jest pokój izolacyjny dla takich nowoprzyjętych chorych, u których przypuszczać można chorobę zakaźną, ale u których objawy chorobowe nie pozwalają jeszcze na umieszczenie ich w pawilonie ostrych chorób zakaźnych.

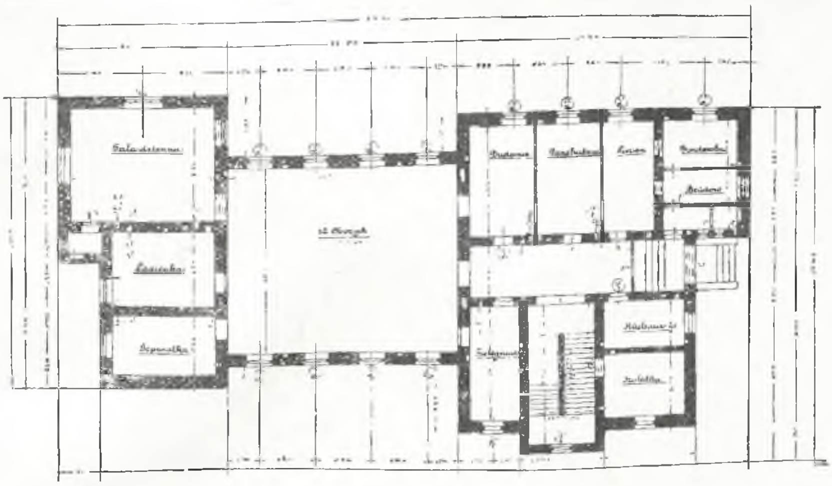


Rys. 1. Infirmerya dla cieleśnie chorych.

Ku południowi stoją jedyne dwa pawilony (ryc. 2 a i 2 b), zbudowane systemem korytarzowym, przeznaczone dla przypadków sądowych. Okna, we wszystkich pawilonach liberalnie traktowane, posiadające tylko węższe szyby w zwykłych ramach okiennych, tu mają kraty więzienne. Męzki pawilon — przeznaczony dla 40 chorych — ma 8 separatek do czasowej izolacyi chorych. Ogródek męzkiego pawilonu jest jedynym, który zostaje otoczony murem. Sale chorych mieszczą zaledwie po 6 chorych i nie łączą się ze sobą. Przy budowie analogicznego pawilonu dla kobiet starano się złagodzić ten charakter więzienny nietylko urządzeń, ale i rozkładu pokojów.

Należy się spodziewać, że pawilony 2 a i 2 b tylko prowizorycznie mieścić będą chorych kryminalnych, dopóki państwo nie zbuduje dla nich odrębnego zakładu. Wychodząc z założenia, że taki zakład odrębny jest konieczny, Wydział krajowy nie przyjął 300.000 koron, ofiarowanych mu przez rząd na budowę stałego państwowego pawilonu dla kryminalnych chorych w Kobierzynie.

Według innego planu zbudowane są pozostałe 4 pa-

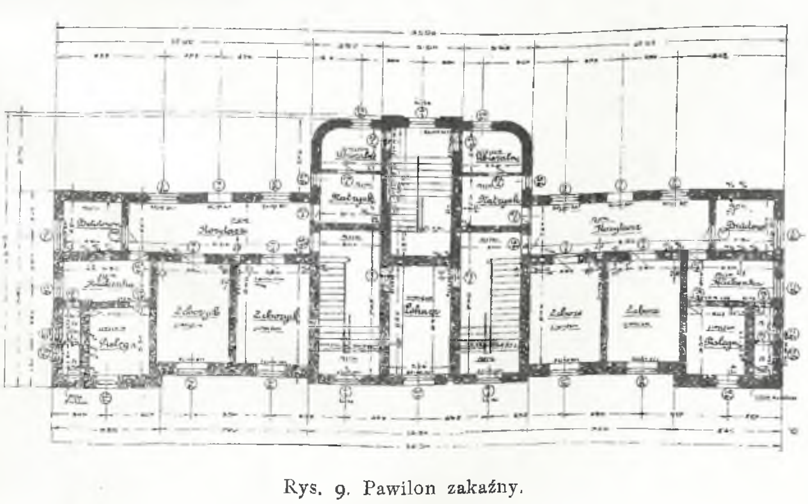


Rys. 6 a i 6 b. Pawilony obserwacyjne.

wilony tej grupy, t. j. pawilony dla spokojnych przewlekle chorych (ryc. 5 a dla 45 mężczyzn i 5 b dla tyluż kobiet), i pawilony otwartych drzwi (ryc. 4 a i 4 b), mieszczące po 30 łóżek dla ozdrowieńców. Te 4 pawilony różnią się od właściwie leczniczych tem, że sale dzienne znajdują się tutaj nie obok sypialni, jak w pawilonach leczniczych, ale zajmują cały parter, piętra zaś są znowu przeznaczone wyłącznie na sypialnie, przez co liczba niezbędnej służby znacznie się zmniejsza. Sypialnie obliczone są tu po 7 m² na głowę, sale dzienne po 4 m². W mansardzie pawilonów 5 a i 5 b są mieszkania dla służby pielęgniarskiej i dla chorych, w mansardzie pawilonów 4 a i 4 b tylko dla służby.

Między budynkiem administracyjnym (rys. 14) a kaplicą (rys. 12) mieszczą się jeszcze dwa pawilony (7 a i 7 b), przeznaczone dla chorych zamożniejszych. Pierwsze piętro mieści osobne pokoje dla 16 chorych i salon, parter — salę dzienną, salę bilardową, jadalnię i mały oddziałek obserwacyjny dla 8 chorych leżących. Asocyalni chorzy I i II klasy będą umieszczani razem z chorymi III klasy w ogólnych pawilonach.

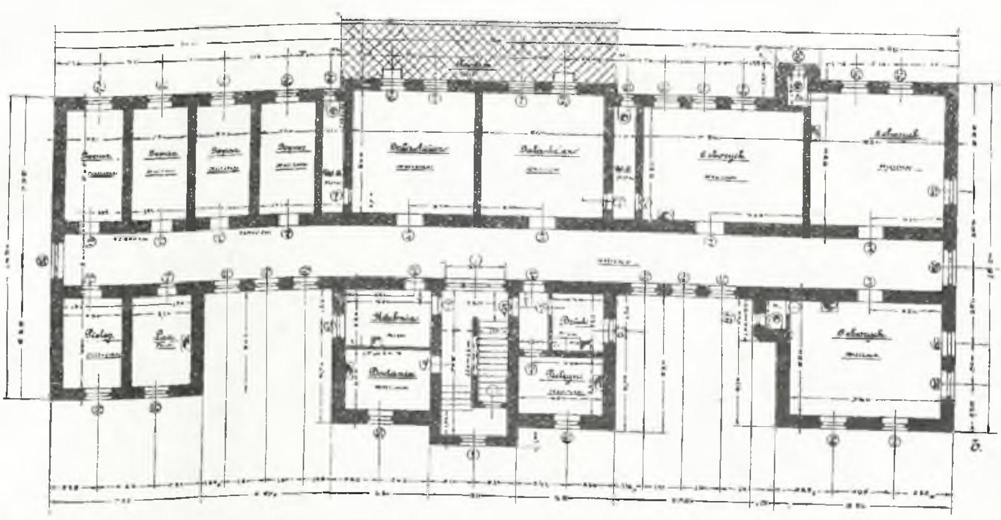
Na wystającym cyplu terenu ku zachodowi od kaplicy stoją jeszcze dwa pawilony: bliżej kaplicy stojący (ryc. 8), o 17 łóżkach dla mężczyzn i 17 dla kobiet, przeznaczony jest do izolowania chorych na jaglicę i na zakaźne skórne cierpienia; w celu umożliwienia chociażby jakiejkolwiek segregacyi psychiatrycznej tych chorych oddziały te podzielone zostały na pokoje dla 3 do 4 chorych. Najdalej ku zachodowi jest wysunięty pawilon (ryc. 9) dla ostrych chorób zakaźnych, podzielony na 4 oddziałki, 2 na parterze, 2 na I piętrze. Każdy oddziałek ma osobne wejście, ale wspólne wyjście i składa się z 2 pokojów, każdy po 2 łóżka, pokoju pielęgniarza, kuchenki, brudowni i klozetu dla pielęgniarza. Klozety dla chorych stoją w ich pokojach, ruchome wanny na korytarzu.



Rys. 9. Pawilon zakaźny.

Maleńki domek (ryc. 11) na wschód od pawilonu dla ostrych chorób zakaźnych mieści dezynfekcyę parową i formalinową, a także piec do spalania zakażonych przedmiotów. Na zachodnim krańcu wysuniętego cyplu znajduje się prosektoryum (rys. 10) z salą sekcyjną, trupiarnią, muzeum anatomopatologicznem i mieszkaniem służącego prosektoryjnego. Wystawa zwłok odbywać się będzie w kapliczce przedpogrzebowej przy cmentarzu, w której jest równocześnie mieszkanie grabarza.

Folwark, położony w zachodnio-północnym kącie terenu zakładowego, przy drodze powiatowej, składa się z mieszkania ekonoma, stajni z wozownią, obory, chlewni, stodoły, kurnika i rzeźni. Folwark zaopatrzony jest także w wodę z wodociągów krakowskich i w oświetlenie elektryczne.



Rys. 2 a i 2 b. Pawilony dla przypadków sądowych.

Główny — południowy — kompleks terenu zakładowego otoczony jest zwykłą siatką drucianą i żywopłotem, tak samo, jak ogródki poszczególnych pawilonów (z wyjątkiem kryminalnego).

Każdy pawilon posiada od strony południowej otwartą terasę, która łagodnym skłonem, pokrytym murawą, łączy się z ogródkiem.

Wszystkie budynki zakładowe, z wyjątkiem kaplicy i folwarku, są podpiwniczone. Mieszkań suterenowych niema jednak nigdzie, piwnice są przeznaczone na składy, pod kuchnią na masarnię i chłodnie. W piwnicy pawilonu dla przewlekle chorych mężczyzn mieści się kręgielnia. Poza tem znajdują się w piwnicach niektóre urządzenia mechaniczne, pomiędzy niemi także wentylacyjne; przewietrzanie pawilonów chorych odbywa się przez dopływ ogrzewanego w zimie powietrza i przez kanały wyciągowe.

Po ukończeniu budowy zakładu i rozszerzeniu go do 800 etatowych łóżek koszt jednego łóżka wyniesie około 10.500 koron.

Po otwarciu zakładu projektowana jest organizacya opieki rodzinnej w sąsiednich wioskach.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 21. V. 1912.

1) Borowiecki przedstawił przypadek **porażenia opuszkowego.** Chora M. K., l. 50, żona wyrobnika, pochodzi z rodziny, w której miało nie być chorób nerwowych i umysłowych. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Żadnych ciężkich chorób nie przechodziła. Za mąż wyszła w 25. r. ż., zachodziła w ciążę 6 razy, z tego raz roniła; pierwsze dziecko żyje, 4 umarło w młodym wieku. Po raz pierwszy zauważyła chora w styczniu r. 1911, że mówi trochę chrapliwie. Jesienią r. 1911 mowa pogorszyła się, powoli też zjawiało się osłabienie obydwu rąk, zwłaszcza paluch ręki prawej stawał się coraz słabszy. Przed miesiącem zauważyła chora, że ślina jej wciąż z ust płynie, że jej w gardle zasycha i że połykać jej trudno. Przy piciu płyny czasami wracały nosem. Pokarmy stałe może jeść tylko po trochu, zawsze jednak część ich zostaje w gardle i wraca po pewnym czasie przez usta. Od jakiegoś czasu nie może chora poruszać dobrze językiem.

Badanie wykazuje bolesność nn. nadoczodołowego, podoczodołowego i usznoskroniowego na ucisk, osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych obustronne, żywy odruch z m. żwacza, upośledzenie ruchów szczęką, zniesienie odruchu gardłowego i osłabienie odruchu z łuków podniebiennych, drżenie włókienkowe w mięśniach lewej połowy twarzy, utrudnienie ruchów języka. Mowa o odcieniu nosowym, niewyraźna, choć wszystkie słowa są wymawiane. Przy piciu wody chora zachłystuje się i kaszle. Ruchy bierne w kończynach górnych prawidłowe, odruchy bardzo żywe. Ruchy czynne prawidłowe, jakkolwiek nieco niezgrabne i słabsze, tylko rozstawianie, zestawianie i przeciwstawianie palców, zwłaszcza kciuka, upośledzone znacznie. W kończynach dolnych napięcie mięśniowe i odruchy prawidłowe. Ruchy czynne we wszystkich stawach osłabione, jakkolwiek możliwe, najgorsze w lewym stawie skokowym. Zaburzeń czucia, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Rozpoznanie trudności nie przedstawia: wobec wystąpienia pierwszych objawów w zakresie mowy i dołączenia się później dopiero, i to bardzo nieznacznych objawów ze strony kończyn, wobec górowania objawów opuszkowych, bez wahania w przypadku tym rozpoznać można porażenie opuszkowe. Podkreślić należałoby w przypadku tym objawy, które dadzą się wytłómaczyć tylko zajęciem włókien czuciowych n. trójdzielnego, względnie czuciowego jądra tego nerwu, mianowicie obustronne osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych, jak i bolesność na ucisk n. nadoczodołowego i t. p. Wskazywałoby to na sprawę, przekraczającą wyłącznie ośrodki ruchowe, w jakich porażenie opuszkowe zazwyczaj się sadowi.

2) Borowiecki przedstawił **przypadek, w którym rozpoznanie waha się pomiędzy guzem a ropniem mózgu.** Chory T. K., l. 19, rolnik. Choroba obecna zaczęła się w marcu roku ubiegłego od napadowych bólów głowy, bez wymiotów i mdłości. W sierpniu przy chodzeniu zataczanie się, zwłaszcza w prawo. W listopadzie napad drgawek ogólnych z utratą przytomności. Od tego też czasu zawroty głowy. Od grudnia szum w uchu prawem, a od lutego r. b. zaburzenia połykania i szum w uchu lewem. Chory zaprzecza kile, pijaństwu.

Badanie wykazało tarczę zastoinową na obu oczach, niedowład nerwu twarzowego prawego, wyraźniej zaznaczony w zakresie gałązki dolnej, opuszczenie powieki prawej, rozszerzenie źrenicy lewej i upośledzenie ruchów gałki ocznej lewej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi, zniesienie odruchów spojówkowych i osłabienie rogówkowych, zwłaszcza po stronie prawej, zniesienie odruchów gardłowych i podniebienia miękkiego, głuchotę obustronną, wybitniejszą po stronie prawej, wreszcie bezład o charakterze móżdżkowym. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie, próba Pirqueta dodatnio. Tętno zazwyczaj zwolnione, koło 60. Ciepłota prawidłowa, w przeciągu pobytu chorego w klinice raz jeden wychylenie do 37·1, zazwyczaj ciepłota poniżej 37°. Nakłucie lędźwiowe wykazało ciśnienie płynu mózgowordzeniowego 22 mlm. Co się tyczy głuchoty chorego, to klinika laryngologiczna rozpoznaje po stronie prawej przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, po stronie lewej przewlekły nieżyt ucha środkowego. Badanie stroikami wykazało zupełną prawie głuchotę ucha prawego na tony wysokie, co przemawia za zajęciem nerwu słuchowego.

Wobec bólów głowy, odczuwanych przedewszystkiem po stronie prawej, wobec skarg podmiotowych chorego, że mieni mu się przed okiem prawem, wobec pierwotnego zataczania się w prawo i większości objawów, stwierdzonych po stronie prawej, mieści się ognisko prawdopodobnie przedewszystkiem po stronie prawej, jakkolwiek być może (jeśli nie chcemy przyjmować kilku ognisk), że przekracza ono linię środkową. Objawy stwierdzone każą się wahać pomiędzy określeniem siedziby ogniska w tylnej jamie czaszkowej, a w okolicy wzgórków czworaczych. Przeciw siedzibie wyłącznej w kącie móżdżkowo-mostowym przemawiają przedewszystkiem objawy niedowładu lewego nerwu okoruchowego i opuszczenie powieki prawej. Równie niepewną, jak siedziba, jest i istota tego ogniska. Jakkolwiek obraz kliniczny odpowiadać może najzupełniej guzowi, to jednak wobec stwierdzonego przez klinikę laryngologiczną przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego po stronie prawej, nie da się stanowczo wyłączyć ropień mózgu. Brak podwyższonej ciepłoty zdarza się bowiem i przy ropniach. Ze względu na wybitną tarczę zastoinową (c.+7 D) w pierwszym rzędzie, a po części ze względu na wybitny bezład móżdżkowy, zwolnienie tętna i bóle głowy wskazany jest zabieg operacyjny, mający na celu zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego. Do trepanacyi skłaniałby zarówno guz, jak i ropień mózgu. Wobec niepewnej jednak siedziby guza trzeba poprzestać na dekompresyi w najbliższej okolicy przypuszczalnego ogniska, a zatem w zakresie tylnej jamy czaszkowej w okolicy móżdżku po stronie prawej.

3) Borowiecki przedstawił przypadek **uszkodzenia ogona końskiego przez złamanie kręgosłupa.** Chory M. S., l. 45, górnik, doznał d. 9. września 1905 roku urazu: z wysokości metra spadł mu na plecy kamień i uderzył raz w kręgosłup poniżej łopatek, później w okolicę kości krzyżowej. Chory stracił przytomność na bardzo krótko. Kiedy go wydobyto z pod kamienia, rękami mógł poruszać, natomiast nogami nie władał i stracił czucie poniżej kolan i na pośladkach. Mocz i stolec były zatrzymane. Po niespełna roku poprawiło się choremu o tyle, że mógł przy pomocy lasek chodzić; przy staniu zginały mu się nogi w kolanach. Mocz mógł oddawać sam, jakkolwiek z wysiłkiem, a stolec pozostał zaparty. Stan ten ma trwać do dzisiaj. Od wypadku osłabienie zdolności płciowej. Niekiedy bóle o charakterze szarpiącym z tyłu uda, zwłaszcza lewego. Po wypadku miał mieć chory silny ból w kręgosłupie, ból ten podobno nie rozpromieniał się. Chory kiły nie przechodził, alkoholik.

Badanie w zakresie nerwów czaszkowych i kończyn górnych zmian nie wykazało. Odruchy brzuszne i mosznowe prawidłowe. Ruchy bierne w stawach biodrowych prawidłowe, w stawach kolanowych napotykają nieco mniej oporu, natomiast najmniej w stawach skokowych. Odruch kolanowy lewy znacznie osłabiony, odruch ścięgna Achillesa zniesiony obustronnie. Odruchów podeszwowych, Strümplla i Oppenheima niema. Odruch odbytowy zniesiony, pośladkowy zachowany. Na goleniach znaczne zaniki, zwłaszcza

w grupie mm. strzałkowych. Ustawienie obydwu kończyn dolnych w postaci stopy końskoszpotawej (pes equinovarus). Zginanie i prostowanie, odwodzenie i przywodzenie, jako też okręcanie w stawie biodrowym prawidłowe. Prostowanie w kolanie nieco upośledzone, zwłaszcza po stronie lewej, podobnie i zginanie w stawie kolanowym. Prostowanie w stawie skokowym niemożliwe obustronnie, jak i prostowanie palców. Odwracanie i nawracanie w stawie skokowym zniesione. Zginanie w stawie skokowym możliwe, ale bardzo słabe, zginanie palców niemożliwe. Zaburzenia czucia na kończynach dolnych charakteru korzonkowego w zakresie okolic skóry unerwionych przez odcinki L_4-S_5, zaburzenia dotyczące wszystkich rodzajów czucia. Kręgosłup bez skrzywień, nie jest bolesny na ucisk i opukiwanie. W okolicy wyrostka ościstego X. kręgu grzbietowego, I. kręgu lędźwiowego i kości krzyżowej ślady urazu w postaci starć naskórka. Streszczając wyniki badania, powiedzieć można, że zaburzenia ruchowe sięgają ku górze aż do L_3, zaburzenia czuciowe do L_4, ku dołowi do S_5.

Zaburzenia podobne może dać uszkodzenie t. zw. »epiconus« (L_5 S, S_3), czyli części rdzenia leżącej powyżej stożka (t. j. S_3-S_5), prawdopodobnie z równoczesnem zajęciem już i L_4, jak i uszkodzenie ogona końskiego, zarówno zatem uszkodzenie kręgosłupa na wysokości I. lędźwiowego, jak kręgu III., względnie IV. lędźwiowego. Różniczkując zatem tylko pomiędzy schorzeniem dolnego odcinka rdzenia a ogonem końskim, zwrócić należy uwagę na następujące szczegóły obrazu klinicznego. Zaburzenia czucia bez rozszczepienia przemawiałyby za ogonem końskim. Asymetrya, która zdarza się częściej przy cierpieniach ogona końskiego, jakkolwiek daje się zauważyć (nierówność odruchów kolanowych, upośledzenie większe zginaczy i prostowników kolana po stronie lewej), nie jest dość wybitna. Co się tyczy bólów, nie występowały one w przypadku tym na pierwszy plan: zjawiły się zaraz po urazie, a o rozpromienianiu się ich nic nie wiemy. Porażenia wystąpiły odrazu, jak to bywa przy uszkodzeniach stożka, nie pojawiały się zaś powoli, jak to bywa przy ucisku ogona końskiego. Wreszcie ślady urazu nie pomagają w tym przypadku przy różniczkowaniu pomiędzy uciskiem ogona końskiego i stożka, ponieważ widoczne ślady w postaci starć naskórka mamy z jednej strony w okolicy X. kręgu piersiowego i I. lędźwiowego, z drugiej jednak strony w okolicy kości krzyżowej. Lekka asymetrya i brak rozszczepienia czucia przemawiają za ogonem końskim, brak bólów rozpromieniających i natychmiastowe wystąpienie porażeń po urazie przeciwko ogonowi końskiemu, a za stożkiem. Wątpliwości rozstrzygnął rentgenogram, który wykazał złamanie kręgosłupa w okolicy III. i IV. kręgu lędźwiowego.

W dyskusyi podnosi Piltz, że nawet gdyby nie było rentgenogramu, należałoby przyjąć uszkodzenie ogona końskiego ze względu na asymetryę, która przecież daje się stwierdzić, jak również ze względu na brak rozszczepienia czucia, zwłaszcza wobec niepewności, z jaką chory daje odpowiedzi co do obecności bolów po urazie. — Rydel zaznacza, że jednak szybkie wystąpienie objawów po urazie nie wyłącza drobnych krwotoków w stożku, jakie opisywane były i przy uszkodzeniach ogona końskiego.

4) Onufrowicz przedstawia przypadek z objawami **padaczki Jacksona**. Chory P. K., lat 43, dziedzicznie nie obarczony, ojciec 9 zdrowych dzieci. Cięższych chorób nie przechodził, alkoholu używa w miernej ilości. Przed dwoma laty został pobity żelaznym kijem po głowie, stracił wtedy przytomność; odzyskawszy ją po upływie $^1/_2$ godziny, o własnych siłach powrócił do domu. Zaraz po tym wypadku dokonano operacyi, ale chory nie umie opowiedzieć, jakiej. Rany zagoiły się po dwóch miesiącach. W 6 tygodni po pobiciu zaczęła drgać lewa górna powieka i lewa połowa nosa, po dwóch miesiącach wystąpiły drgawki lewej połowy twarzy i lewej ręki, która przez dwa poprzednie miesiące była bezwładna. Z początku drgawki występowały raz na miesiąc, chory nie tracił przytomności, dopiero po pół roku po raz pierwszy stracił przytomność. W rok po urazie napady co tydzień, zawsze z utratą przytomności, obecnie raz na 1—2 tygodni. Moczu, ani stolca chory pod siebie nie oddaje, język przygryza. Po napadzie nie śpi, czuje się podnieconym, niespokojnym. Napad trwa 3—4 minut, drgawki tylko lewej połowy twarzy, lewej ręki i ramienia. Przed napadem miewa chory parestezye po lewej stronie twarzy. Chory zawsze zdoła zabezpieczyć się przed upadkiem, nigdy się nie potłukł. Cięższej pracy jednak podołać nie może, dostaje napadu po każdym znaczniejszym wysiłku. Stan psychiczny nie uległ żadnej zmianie.

Badanie wykazało 5 cm ponad prawem okiem bliznę 13-cm długą, idącą ku tyłowi głowy równolegle do linii środkowej. Odpowiednio do blizny wgłębienie kości, a w części środkowej brak kości, długości 5 cm, szerokości 2—3 cm. W miejscu tem stwierdzić się daje tętnienie i napinanie się przy napięciu oddechu. Lewy fałd nosowo-twarzowy cokolwiek płytszy, aniżeli prawy. Przy otwieraniu ust i wyszczerzeniu zębów lewy kąt ust ustawiony niżej, niż prawy. Lekkie drganie języka. Znieczulenie lewej połowy twarzy najwyraźniej w obrębie II. gałązki nerwu trójdzielnego, znieczulenie lewej górnej kończyny, zwłaszcza ręki; takież w obrębie III. i IV. nerwu szyjnego. Astereognozya lewej ręki. Dno oka prawidłowe. Tętno miarowe, tętnice cokolwiek twarde. Zresztą brak zmian chorobowych. Chory we wrześniu 1911 r. poddał się we Lwowie po raz drugi operacyi, nie wywarła ona jednak żadnego dodatniego wpływu.

Po dyskusyi zgodzono się na ewentualne wykonanie trepanacyi celem usunięcia wgłębienia kości.

5) Borowiecki przedstawił przypadek **sclerosis lateralis amyotrophica** z objawami opuszkowymi. Chory A. D., gospodarz, l. 50, pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie, chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholik. Od 7. roku życia do 10. cztery napady rzekomo padaczkowe. Żadnych zresztą chorób A. D. miał nie przechodzić. Choroba obecna zaczęła się podobno w marcu r. 1911. Chory zauważył wtedy utrudnienie w chodzie i osłabienie obydwu kończyn dolnych, zwłaszcza lewej. Często potykał się, gdyż palce kończyn dolnych zaczepiały się o ziemię. Od jesieni chodzi już tylko o kiju. W lutym r. 1912 zauważył, że mówi gorzej, niż przedtem, i że trudno mu połykać, zwłaszcza płyny. W tym samym czasie miał zauważyć, że »robią mu się dziury między palcami« ręki lewej, później prawej. Kończyny górne osłabły całe, ale najwyraźniej palce. Bólów żadnych nie miewał.

Badanie wykazało w zakresie nerwów czaszkowych osłabienie odruchów spojówkowych obustronne, żywy odruch z m. żwacza, lekki niedowład obydwu gałązek n. twarzowego lewego, osłabienie ruchów języka, drżenie wło-

kienkowe jego mięśni i mowę niewyraźną o brzmieniu wybitnie nosowem. W kończynach górnych wzmożenie odruchów ścięgnistych i okostnych, upośledzenie przeciwstawiania palców ręki lewej, jako też rozstawiania i zestawiania obu rąk. Z odruchów brzusznych wywołać się dawał tylko odruch środkowy: był on silniejszy po stronie prawej. W kończynach dolnych napotyka się przy ruchach biernych w kolanie znaczniejszy opór, większy po stronie lewej, w obydwu stawach skokowych natomiast wiotkość. Odruchy kolanowe obustronnie wzmożone, drganie (clonus) rzepki po obu stronach. Odruch ścięgna Achillesa silniejszy po stronie prawej. Objawu stopowego brak. Odruch podeszwowy w postaci zagięcia palców wybitniejszy po stronie prawej. Stopa szpotawo-końska obustronnie, wyraźniej zaznaczona po stronie prawej. Ruchy czynne w stawie biodrowym prawidłowe. W stawie kolanowym utrudnione zginanie, zwłaszcza po stronie lewej. W stawie skokowym po stronie lewej ruchy niemożliwe, po prawej upośledzone. Ruchy palców kończyn dolnych niemożliwe. W m. czworogłowym drgania włókienkowe, zwłaszcza po ruchach czynnych. Przy podnoszeniu kończyn dolnych w m. czworogłowym szereg wypukleń i zagłębień. Wypuklenia te zbitsze od otaczającej tkanki mięsnej, niekiedy zaś wiotsze. Zaburzeń czucia niema. Rozpoznanie w przypadku tym jest bardzo proste, wahać się ono może tylko pomiędzy sclerosis lateralis amyotrophica a paralysis bulbaris. Wobec usadowienia się choroby na początku w kończynach dolnych, a dołączenia się później dopiero objawów opuszkowych i wobec wybitności zmian w kończynach przyjąć musimy rozpoznanie stwardnienia bocznych powrózków z zanikiem mięśni. Ciekawą jest w przypadku tym kombinacya stanu wiotkiego ze skurczowym w kończynach dolnych.

W dyskusyi przypomina Landau przypadek z tem samem schorzeniem, jaki przedstawiał w półroczu zimowem. W przypadku tym nie było wogóle stanów kurczowych w kończynach dolnych. Obecność ich lub brak zależy od tego, czy pierwej zanikają korzonki, czy powrózki. L. zwraca nadto uwagę na istniejącą w obecnym przypadku asymetryę twarzy.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. XII. posiedzenie, na którem wybrano Zarząd Towarzystwa na r. 1913.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 14. XII. statutem organizacyjnym kliniki psychiatryczno-neurologicznej w Krakowie, oraz wydała opinie w sprawie podwyższenia taks szpitalnych w Drohobyczu, Przemyślanach, Stryju i Tarnopolu.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa Prof. Dr Dobrowolskiemu serdeczne podziękowanie za książki ofiarowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Kursa samarytańskie, urządzone w kilkunastu prowincyonalnych miastach Galicyi, mają bardzo liczną frekwencyę; np. w Nowym Sączu zgłosiło się na kurs, prowadzony przez Dr Dudzińskiego, około 400 uczestników.

— Ze względu na organizowane w kraju kursa samarytańskie, a w odpowiedzi na zapytania kilku kolegów, przypominamy, że najnowszem dobrem dziełkiem polskiem w tym zakresie jest »Pielęgnowanie chorych« Dr Józefa Starzewskiego, (Lwów 1912, Gubrynowicz i Syn, cena 4 kor.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.